

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Février 1909, à 1 heure

PAR

Robert JOUTEAU

Né le 21 Décembre 1882, à Poitiers.

ENTÉRORRAGIES

Consécutives à l'Appendicite

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. PINARD, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, 15, RUE RACINE

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N...
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ DELBET
Clinique chirurgicale.	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	{ PINARD
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECONDE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0036

Entérorragies consécutives à l'Appendicite

INTRODUCTION

Parmi les complications de l'appendicite il en est une qui doit à sa rareté, sans doute, d'avoir été peu étudiée : c'est l'entérorragie.

Nous ne parlerons pas, dans cette étude, des hémorragies intestinales qui, se produisant après l'opération, doivent être rapportées uniquement à un suintement se faisant au niveau du moignon. Sans être fréquente, cette forme toute particulière et bien distincte d'entérorragie a été cependant signalée un certain nombre de fois.

C'est ainsi que Murphy de Chicago et Mayo de Rochester ont cité des cas d'hémorragies mortelles à la suite de l'appendisectomie. W. Hessert (1) et J.-R Judd (2) ont constaté plusieurs fois cette com-

1. W. Hessert. *Journal American of Medical Association*. Chicago 1906.

2. J. R. Judd. *Journal American of Medical Association*. Chicago, 1907.

plication : Seelig (1) et John, A Wyeth (2) ont mentionné des faits semblables.

M. Walch (3) du Havre eut également l'occasion d'observer, six jours après l'opération, une hémorragie intestinale très abondante que M. Berger rapporteur de ce cas à la Société de Chirurgie de Paris, attribua à la chute d'une ligature.

Les caractères communs de ces observations sont en général, la précocité après l'opération, l'abondance et l'unité de l'entérorragie qui semble devoir être attribuée soit à une faute dans la technique opératoire, soit à une particularité dans la vascularisation de la région cæco-appendiculaire comme le croit M. W. Hessert.

Mais en dehors de ces cas bien définis, il en est d'autres dans lesquels l'entérorragie, soit avant, soit après l'opération, peut s'observer comme complication de l'appendicite : à vrai dire ces faits sont rares et bien que M. Kelly et Hurdon (4), dans leur ouvrage sur l'appendicite et les affections appendiculaires, mentionnent que quatre cas d'hémorragie intestinale ont été signalés, sur près de mille malades entrés pour appendicite à Johns Hopkins Hospital,

1. Seelig. *Annals of Surgery*, nov. 1904.

2. J. A. Wyeth. *Journal american of Medical Association*, 1907.

3. Walch *Bull et Mém de la Société de Chirurgie de Paris*, 1901. Rap. de M. Berger.

4. Howard. Kelly and D. Hurdon. *The vermiform appendix and its diseases*.

sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause sauf chez un malade fortement suspecté de tuberculose intestinale ; cette proportion malgré tout nous semble anormalement élevée, car en fouillant la littérature médicale de ces vingt dernières années il ne nous a été permis d'en relever qu'un très petit nombre d'exemples.

Ce sont ces cas que nous allons rapporter en y ajoutant une observation inédite, que nous devons à l'obligeance de M. Broca.

Nous les ferons suivre d'un chapitre dans lequel nous chercherons à établir la pathogénie de cette complication et nous terminerons en disant quelques mots de symptomatologie, diagnostic et traitement sans dépasser les limites très restreintes dans lesquelles l'état actuel de la question nous oblige à nous confiner.

Qu'il nous soit permis d'apporter ici un hommage de respectueuse reconnaissance à nos maîtres de Poitiers et de Paris, tout particulièrement à M. le D^r Broca, qui a bien voulu nous conseiller ce sujet de thèse et faciliter notre travail de ses précieux conseils.

A M. le professeur Segond, nous exprimons aussi toute notre reconnaissance de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

OBSERVATION I (1)

(Lediard et Sedgwick. — *Lancet*, 1904.)

Homme de cinquante-six ans, vu pour la première fois en février 1903, se plaignant d'une douleur dans la partie inférieure de l'abdomen et d'une douleur dans le dos. Homme fort, bien constitué, gros mangeur, mais légèrement entaché d'alcoolisme. Il porte une petite hernie ombilicale contenant de l'épiploon. Sous l'influence d'un traitement et d'un régime, la douleur de la région iliaque droite diminue, mais la douleur de la région dorsale persiste, on l'attribue à une traction de l'épiploon adhérent à l'intérieur de la hernie.

Crise appendiculaire, en janvier 1904 ; troisième crise en avril de la même année, le malade décide de se faire opérer, aussitôt sa crise passée.

8 mai. — Opération, anesthésie au chloroforme ; l'épiploon est trouvé adhérent au pourtour de l'anneau ombilical et libéré avec peine ; appendice rétro-cæcal, pas de signe d'inflammation aiguë, mais diamètre plus large que normalement, et présence à la

1. Cette observation est citée par Dieulafoy, au chapitre des ulcères perforants du duodénum et de l'estomac, consécutifs à l'appendicite. *Précis de pathologie interne*.

surface de traces d'inflammation ancienne. Résection de l'appendice, moignon soigneusement lié, épiploon replacé sur l'intestin.

Le malade a très bien supporté l'anesthésie. Il se réveille normalement et passe une journée tranquille avec seulement quelques nausées.

9 mai. — Température, le matin, 37°5. Pouls 76. Le malade semble bien. La garde constate seulement une teinte jaune de la peau et des conjonctives; le soir température : 36°6.

Rien de particulier les trois jours suivants, si ce n'est que le 10 et le 12, la température est respectivement de 37°4 et de 37°5.

13 mai. — Température du matin, 36°3; le soir, on donne un léger purgatif; il y a deux évacuations de matières d'aspect goudronneux que l'on pense contenir du sang.

14 mai. — Le pansement est renouvelé, la peau présente un aspect sanieux, avec du pus de mauvaise odeur et contenant des globules graisseux.

Le pansement est changé de nouveau la nuit et le lendemain matin, il y a toujours écoulement de pus mélangé à un liquide huileux.

Les parties profondes de la plaie étant étroitement unies, il est évident que la vitalité du tissu cellulaire sous-cutané est mauvaise et ce tissu nécrosé. La plaie guérit cependant par la suite, en une quinzaine de jours.

16 mai. — Huit jours après l'opération, les selles

contiennent encore du sang et ont un aspect goudronneux.

18 mai. — Evacuation encore plus copieuse de sang. L'état du malade n'est pourtant pas mauvais, la température est à peu près normale. Pouls à 80.

19 mai. — Pouls petit, intermittent ; ceci dû évidemment à une hémorragie, que l'on devine à la pâleur de la peau et des muqueuses ; on donne de l'opium au malade. On cherche quelle peut être la source de cette hémorragie ; il est évident, qu'étant donné son altération, le sang provient d'un point élevé du tube digestif ; on pense à une cirrhose hépatique, à un ulcère d'estomac, à un carcinome, mais ces hypothèses sont rejetées, faute de preuve. On écarte aussi l'idée d'une hémorragie par suintement du moignon.

28 mai. — Un lavement ramène des matières contenant du sang noir.

31 mai. — Un lavement ramène des matières de couleur moins foncée. Des lavements donnés les 2, 4, 6 et 7 juin, provoquent des selles de coloration normale.

A partir de ce moment, on pense à la possibilité d'un ulcère duodénal, conséquence de l'infection de l'incision cutanée.

Quelle que soit la cause des hémorragies, le malade a une petite hématomèse le 14, suivie de nouveaux melæna les 15, 16 et 17 juin et meurt le 19, en dépit des traitements employés.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, les tissus

paraissent pâles et exsangues. Pas de péritonite. Le grand épiploon est adhérent à la cicatrice et à sa partie inférieure légèrement adhérent au cæcum. Les intestins paraissent petits, contractés, de couleur foncée gris ardoise. Rien de particulier dans l'abdomen, si ce n'est que la tête du pancréas paraît d'une consistance plus ferme que normalement.

Rien de particulier au cœur. Poumons un peu emphysémateux. Pas de varices œsophagiennes. Estomac sain. Première portion du duodénum saine. Sur la portion pancréatique de la seconde portion, aux environs de l'ampoule de Water, on constate la présence d'un ulcère cratériforme, de forme irrégulièrement ovale de 2 centimètres sur 1 centimètre, avec grand axe parallèle à celui de l'intestin : les bords sont unis et le fond formé par la substance pancréatique au milieu de laquelle on voit deux vaisseaux du troisième degré ouverts : probablement des branches de l'artère pancréatico-duodénale supérieure. Le reste de l'intestin est sain, mais contient un enduit spécial de sang altéré, abondant surtout aux environs de la valvule iléo-cæcale et dans le cæcum. Le moignon appendiculaire est blanc, ridé, fibreux. A la section de l'ulcère on constate que son fond est formé par le pancréas, les parois de l'intestin sont complètement détruites ; sur une certaine surface le pancréas présente de l'exsudation fibrineuse avec destruction du tissu pancréatique.

Le rein présente un infarctus volumineux et l'ar-

tère et la veine rénale contiennent un thrombus en voie d'organisation.

OBSERVATION II

(Box et Wallace. — *Lancet*, 1903.)

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, sans antécédents, qui est pris tout d'un coup d'une douleur abdominale. Cette douleur siège dans la fosse iliaque droite et est accompagnée de vomissements. La température est de 38°9 et l'examen physique fait reconnaître de la douleur dans la région du foie et de la vésicule biliaire. Pouls petit se maintenant entre 110 et 150. Les conjonctives présentent une teinte ictérique et l'on note la présence d'albumine dans les urines (le malade a déjà eu antérieurement de l'albuminurie).

Le malade est mis au régime lacté et garde le lit. La douleur et les vomissements disparaissent au bout d'une semaine et l'état paraît sérieusement amélioré. Quelques jours plus tard le malade se lève mais il se trouve mal.

Au seizième jour de la maladie son état est le suivant. Température 39 degrés. Pouls 120 avec quelques intermittences. Respirations 40. La langue est bonne, la douleur a disparue mais l'abdomen est un peu ballonné. Pendant quelques jours le malade a de la diarrhée que l'on attribue à l'usage d'une pou-

dre laxative ; puis il rend par l'intestin 250 grammes environ de sang rouge.

A l'examen on trouve l'abdomen ballonné, plus dur à droite qu'à gauche, il y a de l'œdème des jambes et du tronc plus marqué sur les lombes et la région iliaque droite. La percussion donne de la matité dans la région du rein droit et à la base du poumon droit en arrière et sur la ligne axillaire. A l'auscultation la respiration paraît normale, mais un peu affaiblie à la base du poumon. Le foie ne paraît pas augmenté de volume, il n'est ni dur ni sensible. La rate n'est pas palpable ; on ne constate pas la présence de taches rosées. La nuit le malade a un peu de délire. Quarante-huit heures plus tard l'abdomen est un peu plus distendu et tympanisé. L'hémorragie par l'intestin se reproduit deux fois, donnant chaque fois environ 250 grammes de sang rouge ; l'abdomen n'est pas douloureux, la rate n'est toujours pas accessible, il est vrai que l'examen n'en est pas facile. Toujours pas de taches rosées. Le délire continue et même s'accroît. La température est maintenant de 38°6 et la langue est sèche.

Etant donné l'état général du malade on ne peut songer à une anesthésie générale et il est décidé d'employer l'anesthésie locale pour explorer le rein droit. En conséquence on pratique rapidement l'incision de la région lombaire droite et on va jusqu'au rein sans rencontrer de pus.

Le lendemain matin le malade a une petite selle composée de sang et de matières. La température est

tombée à 37 degrés. Mais le pouls est à 120 et est intermittent : la nuit le malade a un délire tranquille.

Le séro-diagnostic pratiqué donne un résultat négatif.

La température nocturne remonte maintenant à 38 et 39 degrés ; des sursauts tendineux apparaissent. L'abdomen reste distendu, mais le malade ne souffre pas : ceci n'est pas dû à l'action des narcotiques, car durant toute sa maladie il n'a été donné au malade que deux petites doses de poudre de Dower et fait une seule injection de morphine.

Le malade meurt le vingt et unième jour de la maladie.

A l'autopsie on constate en ouvrant l'abdomen que le côlon est distendu.

Il y a un abcès dans la fosse iliaque droite. On ne peut trouver l'appendice soit parce qu'il est gangrené, soit parce qu'il est enfoui dans les parois de la fosse iliaque droite. Une fusée de pus montant le long du bord externe du côlon ascendant est découverte, elle va rejoindre un autre abcès qui s'est développé entre le foie et le rein, dans la loge rénale et qui s'est ouvert dans l'intestin. Il y a de la péritonite généralisée et la cavité pelvienne contient une petite quantité de pus. La courbure hépatique du côlon est décolorée et ramollie. Pas de traces d'ulcérations typhiques dans le gros intestin ni dans l'intestin grêle. Les reins et le foie sont augmentés de volume et probablement graisseux. La rate n'est pas très

augmentée de volume, mais elle est molle et friable.

OBSERVATION III

(Russell J. Howard. — *Lancet*, 1906.)

Femme âgée de dix-sept ans, admise à l'hôpital Royal Waterloo le 7 février 1906, se plaignant d'une douleur abdominale avec vomissements. Son histoire est la suivante : dans l'après-midi du 24 janvier elle fut prise brusquement de douleur dans le côté droit de l'abdomen avec vomissements. Elle se mit au lit et ne prit que du bouillon et du lait mais ne consulta pas de médecin. Quatre jours après les symptômes ayant diminué, elle se lève dans l'après-midi pour aller consulter son médecin qui lui prescrit un traitement. Les vomissements continuant elle vient le 7 février à l'hôpital par l'omnibus. Depuis le début de sa maladie elle n'a pris que du lait et du bouillon parce qu'elle vomissait chaque jour : pendant la première semaine elle était constipée, mais ayant pris une purgation elle présenta des symptômes diarrhéiques.

A son entrée à l'hôpital elle se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite et d'une tumeur dans cette région : elle a des nausées et de la diarrhée. Elle présente un faciès abdominal, sa langue est sèche et chargée. Température 37°7. Pouls à 116. Respirations 34 à la minute.

A l'examen on trouve une tuméfaction dans la

région appendiculaire constatable à la vue et au toucher. Cette tuméfaction sonore à la percussion est située plus haut et plus en dedans que ne l'est ordinairement l'abcès d'origine appendiculaire. Respiration abdominale diminuée. Rigidité de la paroi abdominale. Rien à l'examen rectal. On porte le diagnostic d'abcès rétro-cæcal d'origine appendiculaire.

Opération pratiquée, six heures après l'admission. Incision faite sur la partie la plus proéminente de la tuméfaction. Partie antérieure du cæcum dépourvue d'adhérences. On protège le péritoine par des compresses et on découvre un abcès situé dans l'angle formé par l'iléon et le cæcum et contenant une certaine quantité de pus très fétide.

La cavité s'étend derrière l'iléon et le cæcum. On ne trouve pas l'appendice. Cavité de l'abcès et cul-de-sac de Douglas drainés et plaie partiellement suturée.

Après l'opération. — Pouls à 115. Température 38°3. Respirations 35.

Suites opératoires. — 8 février. — Pouls à 112. Respirations 37. Température 36°6. Un peu de pus est sorti du drain de l'abcès. Un peu de douleur abdominale, mais pas de distension. Incontinence d'urine et des fèces.

9 février. — Pouls à 130. Respirations 45. Température 37°5. Pas de douleurs. Quelques vomissements. Du pus sort par les deux drains.

10 février. — Un peu de distension abdominale,

un petit vomissement. Etat général meilleur.

12 février. — Respirations 35, température 37°5. Pouls 130. Un petit vomissement, mais cependant la malade garde la nourriture qui lui est donnée. A 10 heures du soir, hémorragie considérable, par la plaie, qui imbibe le pansement et obstrue les drains par des caillots. Quand on examine la plaie, l'hémorragie a cessé, on enlève les drains, on les remplace par de la gaze et un léger pansement est appliqué, la plaie étant aussi peu touchée que possible. Pouls à 158. Pas de nouvelle hémorragie. La malade meurt tout d'un coup à 2 heures du matin, le 13 février.

Autopsie. — Intestin grêle distendu ; ni pus, ni sérosité entre les replis intestinaux. Grande quantité de sang et de pus dans le cul de sac de Douglas. Appendice rétro-cæcal de 10 centimètres se dirigeant en haut et légèrement en dedans, gangrené sur un tiers de sa longueur. La cavité de l'abcès est en arrière et un peu en dedans du cæcum et derrière la dernière partie de l'iléon. Parois de l'abcès formées par cæcum, iléon, deuxième portion du duodénum, psoas, veine iliaque, veine cave, fascia iliaca. Sa cavité contient du pus et du sang. Sur le duodénum à l'angle de réunion de la deuxième et troisième portion, on trouve une perforation à bords sanieux de la dimension d'un pois environ. L'ulcération de la muqueuse est plus petite que l'ulcération de la tunique externe.

Le duodénum et l'iléon contiennent une grande quantité de sang.

Vaisseaux iliaques et veine cave normaux. Autres organes également normaux.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Broca.)

B... Gaston, âgé de quatorze ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 9 avril 1908 pour y être opéré d'appendicite.

Rien dans les antécédents héréditaires ni dans les antécédents personnels.

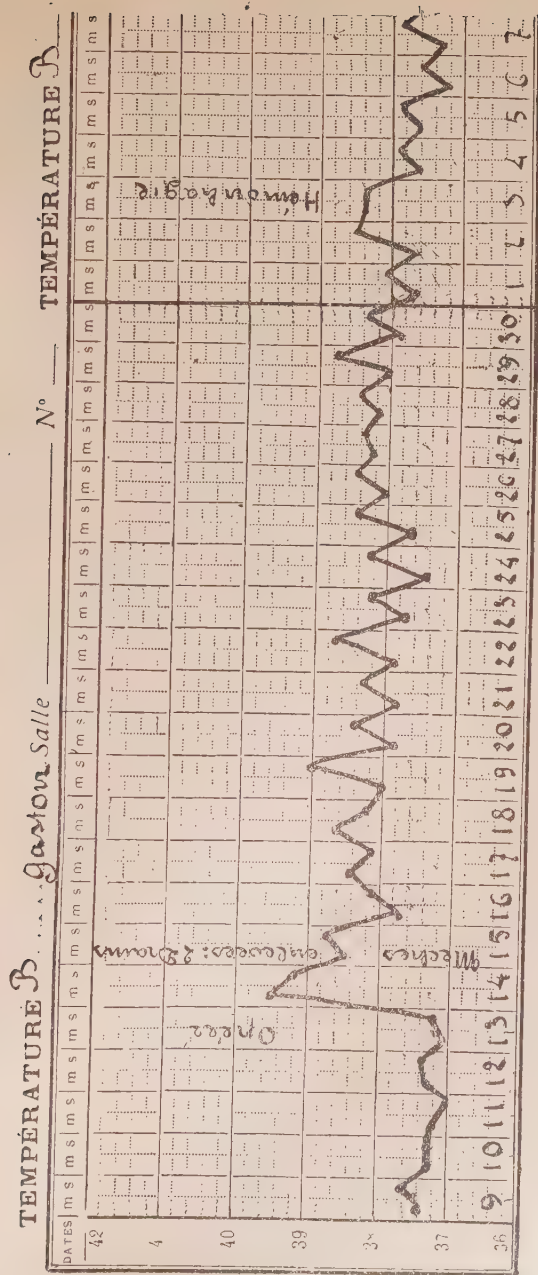
La veille de Noël 1907, après s'être couché comme d'habitude bien portant, il fut réveillé par un accès de violentes coliques, il alla à la selle, mais continua à souffrir jusqu'au lendemain, c'est alors que la mère consulta un médecin qui diagnostiqua l'appendicite ; l'enfant n'avait pas eu de vomissements, mais dès le début il avait accusé des douleurs semblant plus violentes dans le côté droit. Cette crise fut assez aiguë, l'enfant était constipé, il vomit quelque peu dans les premiers jours et fut soigné pendant quatorze jours chez lui à la glace. Il conserva longtemps son point douloureux dans la zone iliaque droite et actuellement encore il ressent parfois des picotements assez vifs dans la région appendiculaire. Il n'est plus constipé, n'a plus de nausées et sauf cette douleur intermittente, il est en bonne santé.

A l'entrée ventre souple, indolore dans toute son étendue, un peu d'endolorissement à la pression profonde des deux fosses iliaques, langue un peu saburrale, humide; température et pouls normaux.

Le 13 avril 1908 opération par le Dr Capette. Incision de Mac Burney, cæcum rouge vascularisé, un peu adhérent, surtout à l'union avec l'iléon. On trouve là un volumineux paquet ganglionnaire qu'on enlève en partie. Mais dans la région du fond du cæcum pas trace d'appendice en remontant le long du côlon ascendant sur lequel on trouve encore des adhérences friables, on trouve l'appendice inséré, semble-t-il, sur la face antérieure du côlon à quatre doigts au-dessus de la valvule iléo-cæcale près du bord droit. Il est très adhérent au côlon sur toute son étendue, court, un peu incurvé et sectionné près de sa pointe. Ablation sans enfouissement possible. Hémostase soigneuse, il y a de nombreuses adhérences saignantes : deux mèches sont placées l'une dans la région appendiculaire, l'autre dans la région iléo-cæcale. On a dû donner du jour en fendant les muscles dans la partie supérieure de l'incision, on les suture avec trois points de catgut, on ferme la plaie cutanée dans la partie correspondante. Le soir facies un peu pâle, pouls rapide, mais bien frappé : 500 grammes de sérum dans la journée.

14 avril. — Ascension à 39°4, langue humide. Pouls à 120 bon, ventre souple.

15 avril. — Ablation des mèches, la supérieure



est tachée dans sa partie profonde par des matières fécales ; un drain dans chaque trajet.

17 avril. — Suppuration abondante et fétide, pas de matières fécales apparentes.

Du 17 au 20 avril. — Assez bon état général ; suppuration de la plaie, continue tout en diminuant légèrement. Les tissus sont assez friables.

24 avril. — A la suite d'un pansement, hémorragie assez abondante en nappe. Mèches d'eau oxygénée ; jamais de matières fécales dans le pansement. Température continue sans tomber franchement.

27 avril. — Suppuration peu abondante, la cicatrisation avance dans la partie inférieure de la plaie. Vers le haut existe un trajet fistuleux remontant entre les anses intestinales le long du côlon ascendant : il sort un peu de pus par ce trajet ; tissus toujours très friables et un peu saignants.

3 mai 1908. — Céphalée, pâleur, faiblesse, légère hémorragie est constatée lors du renouvellement du pansement. Pouls rapide, irrégulier, difficile à compter. Sérum 250 grammes. A 4 h. 1/2 selle hémorragique avec gros caillots ; demi seringue d'érgotine Yvon ; glace sur le ventre. Cette selle hémorragique est très abondante, contenant de gros caillots rouge foncé et du sang rouge vif en quantité très grande. Malade extrêmement anémié, facies très pâle, pouls petit.

4 mai. — Etat local semblable, un peu de sang sort de la plaie. Malade toujours très abattu.

5 mai. — Dans l'après-midi, hémorragie moyen-

nement forte par la plaie. L'interne de garde appelé tamponne la plaie et le trajet avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée ; il est fait une injection sous-cutanée de sérum.

6 mai. — Malade anémié, mais la plaie ne suinte plus.

Les jours suivants amélioration de l'état général et de la plaie dont la cicatrisation se poursuit lentement. Un grand diverticule plonge encore dans la fosse iliaque entre les anses intestinales.

Suppuration moyennement abondante, tend à se tarir.

7 mai. — La cicatrisation s'obtient très lentement.

Sortie 2 juillet 1908. — Bon état général : localement un point persiste à suppurer.

Revu le 31 août 1908. — Etat général excellent. Eventration assez forte, surtout à la partie inférieure de la cicatrice.

OBSERVATION V

(G.-S. Thompson. — *Britisch Medical Journal*, 1907.)

Homme de vingt-trois ans, admis le 13 août 1906. Il souffre depuis dix jours d'une douleur abdominale qui est apparue subitement et depuis est continue ; par moment elle s'exaspère et s'irradie à l'ombilic. Le malade présente aussi quelques nausées et de la diarrhée, mais pas de céphalée.

A l'examen, c'est un homme bien constitué, qui

ne paraît pas gravement malade, il est gai et restera ainsi jusqu'à sa mort.

La respiration abdominale est diminuée, l'abdomen est douloureux mais pas sensiblement plus d'un côté que de l'autre ; il est partout quelque peu distendu et tympanisé. Le toucher rectal n'est pas douloureux et ne révèle rien. Les fèces sont d'une consistance pultacée et argileuses.

A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire à la partie inférieure du poumon droit avec diminution des vibrations vocales. Rien à la percussion. Pas de bruits surajoutés. Le pouls est rapide et la température élevée. Six jours après son admission le 19 août, le malade a trois abondantes hémorragies par l'intestin et une autre le 21.

23 août. — Il se plaint de mal de gorge et de douleur dans le genou gauche : cette articulation est bientôt distendue par du liquide.

26 août. — Evacuation par le rectum d'une certaine quantité de liquide sanguinolent : en même temps le malade pâlit beaucoup, son pouls s'accélère et devient petit. On fait une injection intra-veineuse de sérum et le pouls se relève. Deux heures après cependant, le collapsus reparait et en même temps le malade rend une grande quantité de sang par le rectum : on fait une nouvelle injection intra-veineuse de sérum. Pendant que l'on fait cette injection, le malade est pris de vomissements et d'une expectoration abondante ; il présente une agitation extrême, la respiration devient difficile, le malade

pâlit énormément et meurt au bout de trois heures.

Autopsie. — On trouve des adhérences nombreuses unissant les viscères à la paroi abdominale ou les unissant entre eux. Il y a une grande quantité de pus, particulièrement dans la cavité pelvienne et la région appendiculaire.

Les adhérences sont tellement solides que leur rupture est difficile sinon impossible. Une dissection soigneuse permet de trouver l'appendice gangreneux et dont l'extrémité est complètement gangrenée.

Pas trace d'ulcère ni d'ulcération sur tout le trajet de l'intestin. Pas de parties congestionnées. Le cæcum et le côlon contiennent tous les deux une grande quantité de sang.

OBSERVATION VI

(Lilienthal. *Medical Journal New-York*, 1903).

Miss S L., fille grande et bien constituée, âgée de dix-huit ans, est atteinte en février 1898 d'une douleur dans la fosse iliaque droite : cette crise douloureuse est accompagnée d'un peu de fièvre.

Le point carieux de cette crise est l'apparition d'une abondante hémorragie intestinale. La malade se rétablit à peu près mais garde toujours une gêne avec par moment une véritable douleur dans la région de l'appendice.

Le 19 août de la même année, trois jours après

avoir fait une chute de bicyclette la douleur reparaît plus aiguë et accompagnée de fièvre modérée, les symptômes s'aggravent légèrement et elle a une abondante évacuation de sang noir par le rectum au point qu'elle présente tous les symptômes consécutifs à une hémorragie grave.

La malade est vue le lendemain pour la première fois, la palpation de la fosse iliaque droite ne révèle pas grand chose et le toucher rectal est absolument négatif.

L'opération immédiate est proposée mais elle est repoussée au 25, trois jours après la première consultation.

A l'opération on trouve après incision de la paroi, l'appendice enroulé autour de son méso.

Il s'agissait nettement d'une hémorragie de l'appendice avec caillots dans l'organe.

Le rétablissement est rapide et l'hémorragie ne se produit plus.

PATHOGÉNIE

De la lecture de ces observations il semble résulter que la cause de l'entérorragie, consécutive à l'appendicite, n'est pas la même pour tous les cas.

Nous allons donc, les passant successivement en revue, chercher à établir de quelle façon peut s'expliquer l'hémorragie intestinale dans chacun des cas que nous venons de rapporter ; et, pour cela, nous nous aiderons autant que possible de l'opinion même des auteurs qui les ont observés.

Dans l'observation I, il s'agit d'une hémorragie intestinale abondante, répétée, se traduisant par l'évacuation de sang noir d'aspect goudronneux et entraînant la mort quarante-trois jours après l'opération pratiquée à froid.

L'autopsie fait découvrir un ulcère ayant perforé complètement la paroi pancréatique de la deuxième portion du duodénum, détruit la partie correspondante du tissu du pancréas et ouvert deux petites branches de l'artère pancréatico-duodénale.

Ici la cause de l'entérorragie paraît évidente, c'est un ulcère du duodénum. Le point de départ de cet ulcère était-il une toxi-infection née au niveau de l'appendice ou au niveau de l'incision cutanée infectée, l'oblitération plus ou moins complète des

canaux biliaires trahie par la teinte ictérique du malade le lendemain de l'opération a-t-elle favorisé la formation de cet ulcère, cela importe peu à la question qui nous intéresse ; mais rien dans les antécédents du malade ne prouve en tout cas que l'ulcère ait préexisté à l'appendicite.

La présence de lésions sur les muqueuses stomacales et duodénales, dans le cours de l'appendicite, n'est pas exceptionnelle, les observations rapportées par M. le professeur Dieulafoy (1) le prouvent. Mais tandis que ces lésions en se produisant au niveau de l'estomac provoquent des hématomèses abondantes (Vomito negro appendiculaire) qui en rendent le diagnostic aisé ; les ulcérations et perforations du duodénum, au contraire, semblent avoir une symptomatologie plus vague et ne se révéler qu'exceptionnellement par une hémorragie intestinale.

Le point intéressant de l'observation de MM. Lediard et Sedgwick est donc l'apparition de cette hémorragie intestinale répétée et prolongée, puisqu'elle apparaît pour la première fois le 13 mai à la suite de l'emploi d'un léger purgatif et se révèle presque à chaque selle jusqu'au 19 juin, date de la mort du malade, par l'évacuation de sang noir altéré, indiquant que sa source est sur un point élevé du tube digestif ; ce qui fait d'ailleurs un moment errer le diagnostic et penser à

1. Dieulafoy. Vomito negro appendiculaire. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1903, p. 194. — Ulcères perforants du duodénum et de l'estomac consécutifs à l'appendicite. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1906, 14^e leçon.

une cirrhose, à un ulcère de l'estomac, à un carcinome : hémorragie très abondante, aussi, puisque c'est à elle seule que doit être rapportée la mort, l'autopsie n'ayant révélé aucune trace de péritonite.

Le melœna est d'ailleurs un symptôme de l'ulcère du duodénum en général il n'y a donc aucune raison, semble-t-il, pour qu'il ne se produise également dans les cas d'ulcères d'origine appendiculaire, si ce n'est toutefois que la crise d'appendicite étant ordinairement accompagnée de constipation, le sang s'accumule dans l'intestin et la mort survient avant que l'hémorragie ait pu se révéler par l'apparition de selles noires goudronneuses.

Il n'en est pas moins vrai, et c'est la seule chose que nous retiendrons de cette observation, que l'entérorragie dans le cours d'une appendicite peut reconnaître comme cause la présence d'un ulcère du duodénum.

Observation 2. — Appendicite avec abcès de la fosse iliaque droite ayant fusé jusque dans la loge rénale du même côté : trois hémorragies abondantes au seizième et dix-septième jours de la maladie, faisant songer à une fièvre typhoïde. Mort le vingt et unième jour. A l'autopsie on constate que l'abcès de la loge rénale s'est ouvert dans le côlon.

Bien que le vaisseau par lequel se sont produites les hémorragies n'ait pas été retrouvé, M. Box et Wallace pensent qu'il s'agissait d'une des branches de l'artère mésentérique supérieure qui se distribue à la courbure hépatique du côlon et qui avait dû être

lésée en cet endroit où le pus s'était ouvert un chemin de la loge rénale vers l'intestin.

De cette observation nous rapprocherons l'observation III de Russell J. Howard.

Hémorragie considérable se faisant par les drains cinq jours après l'ouverture d'un abcès d'origine appendiculaire situé dans la région iléo-cæcale. Mort en quelques heures. A l'autopsie on constate la présence d'un ulcère du duodénum semblant s'être fait de dehors en dedans et de plus on remarque que le duodénum et l'iléon contiennent une grande quantité de sang.

Le double intérêt de cette observation est donc l'hémorragie et l'ulcère du duodénum, mais ici la perforation s'est faite de dehors en dedans en un point où le duodénum formait lui-même la paroi de l'abcès et se trouvait en contact avec le pus. L'auteur pense que peut-être la formation de cet ulcère a été favorisée par la présence d'un drain dont l'extrémité se trouvait en contact permanent avec cette partie du duodénum.

Quoi qu'il en soit, nous nous trouvons en présence d'un cas assez semblable à celui rapporté précédemment, c'est-à-dire, de l'ouverture dans l'intestin d'un abcès d'origine appendiculaire ayant provoqué du même coup l'ulcération d'une artère de la région. Ici, il est vrai, l'hémorragie s'est faite par la plaie, mais l'autopsie ayant révélé la présence d'une grande quantité de sang dans l'intestin, tout porte à croire que s'il n'y a pas eu d'entérorragie constatée,

c'est que la mort est survenue trop brusquement pour permettre au sang de s'évacuer par le rectum.

Des observations assez nombreuses ont d'ailleurs démontré depuis longtemps que le pus des abcès d'origine appendiculaire semble doué d'une virulence particulière, lui permettant de provoquer l'ulcération des vaisseaux et des organes au contact desquels il se trouve.

M. Sourdille (1) en 1894, cite le cas d'une perforation de l'artère iliaque externe survenue au cours d'une appendicite perforante et ayant amené une hémorragie foudroyante suivie de mort. Rappelant les observations de perforation des artères iliaques internes, externes et primitives signalées par Bull, Lewis et Hill à la suite des phlegmons de la fosse iliaque, le même auteur montre que sur cinq cas, quatre fois il s'agit d'un phlegmon d'origine appendiculaire ; preuve de la virulence particulière du pus de ces abcès.

Lebon (2) dans sa thèse rapporte également un cas de perforation de l'iliaque externe à la suite d'un phlegmon rétro-cæcal d'origine appendiculaire.

D'autres faits semblables ont été signalés.

Charters-Symonds rapporte un cas d'ouverture de l'artère et de la veine iliaque.

Ramsay (3) une hémorragie secondaire par l'ar-

1. Sourdille. *Bulletin de la Société d'Anatomie*, Paris 1894.

2. Lebon. Thèse de Paris, 1894.

3. Ramsay. *Lancet*, juin 1903.

tère iliaque droite succédant à un abcès pérityphlique.

Dyce Duckworth et Langton (1) le cas d'une hémorragie abondante par la plaie sans que l'on puisse trouver la source de l'hémorragie.

Malcolm (2) enfin signale un cas d'hémorragie grave se produisant par la plaie à la suite de l'incision d'un abcès péri-appendiculaire, hémorragie également de source incertaine.

Tous ces faits prouvent nettement que l'ulcération des vaisseaux par le pus des abcès appendiculaires n'est pas excessivement rare. Il est vrai que dans la majorité de ces observations l'abcès avait été ouvert et drainé et l'on sait quelle importance on accorde à un traumatisme quelconque, présence d'un drain par exemple, comme cause favorisant la perforation des vaisseaux dont les parois sont déjà malades ; mais ce traumatisme ne joue le plus souvent qu'un rôle secondaire et comme le dit M. Monod (3) en traitant la pathogénie de la perforation des artères au contact d'un foyer purulent : « Si elle se produit souvent par voie d'ulcération sous la pression d'un corps étranger (drain, séquestre) ou à la suite de manœuvres chirurgicales qui ont contusionné le vais-

1. Dyce Duckworth et Langton. *Medico Chirurgical transactions*, 1889.

2. J. D. Malcolm. *Lancet*, mars 1906.

3. Monod. « De la perforation des artères au contact des foyers purulents ou inflammatoires. » *Bull. de la Société de Chirurgie*, 1882, p. 666.

seau, elle peut aussi se produire sous la seule action du pus déterminant par voie d'inflammation dans l'épaisseur des parois vasculaires des modifications anatomiques qui aboutissent à leur destruction. »

Au contact des parois de l'intestin, le pus des accès d'origine appendiculaire semble agir de la même façon, il les ulcère, les perfore ; les cas d'ouverture de ces abcès dans l'intestin et tout particulièrement dans le cæcum ne sont pas rares ; cette ouverture spontanée n'est révélée le plus souvent que par la présence de pus, parfois de pus sanguinolent, dans les selles, elle peut même être un processus de guérison. Mais si ce pus rencontre sur son passage une artériole de quelque importance, il l'ulcère également et il en résulte une hémorragie d'autant plus abondante que les contractions péristaltiques de l'intestin s'opposent à la formation d'un caillot stable et empêchent par là même toute hémostase.

C'est, croyons-nous, ce qui a dû se produire dans les deux cas rapportés aux observations II et III ; peut-être aussi dans ce dernier la présence d'un drain au contact de l'intestin en a-t-elle favorisé l'ulcération.

Une cause analogue peut expliquer, nous semble-t-il, l'hémorragie relatée dans l'observation que M. Broca a bien voulu nous communiquer.

Dans ce cas, il est vrai, on ne constate pas, au moment de l'opération, la présence d'un foyer purulent, mais le cæcum est rouge, vascularisé, adhérent ;

on remarque la présence d'un volumineux paquet ganglionnaire et d'adhérences friables ; l'appendice est sectionné près de sa pointe : le lendemain de l'opération le malade a une ascension à $39^{\circ}4$: le surlendemain en enlevant les mèches, on constate que l'une d'elles est tachée à son extrémité de matières fécales ; dès le 17 avril, c'est-à-dire trois jours après l'opération, apparaît une suppuration abondante et fétide que révèle non seulement l'évacuation de pus par les drains, mais aussi la courbe thermique qui se maintient entre 38° et 39° degrés.

Nous voici donc ramené à des conditions identiques à celles observées dans les cas précédents, c'est-à-dire à la présence d'un foyer purulent au contact de l'intestin. La tendance aux hémorragies se révèle quelques jours plus tard ; il se produit une hémorragie en nappe assez abondante au renouvellement du pansement et, bien que par la suite la suppuration semble vouloir diminuer, les tissus restent toujours cependant friables et un peu saignants.

Ce n'est que le 3 mai, vingt jours après l'opération, que survient l'hémorragie intestinale abondante trahie par l'évacuation de caillots et de sang rouge vif ; elle avait été précédée le matin d'une légère hémorragie par la plaie qui se reproduit le lendemain et le surlendemain. Cette hémorragie intestinale est unique, elle n'entraîne qu'un état d'anémie passager n'empêchant pas le rétablissement du malade qui peut quitter l'hôpital un mois plus tard

en ne conservant localement qu'un petit point persistant à suppurer.

Il nous paraît donc vraisemblable qu'ici encore il y a eu ouverture d'un vaisseau au contact du foyer purulent ; ici encore, il y a eu perforation de la paroi intestinale. Mais peut-être cette perforation existait-elle déjà lorsque l'hémorragie s'est produite et le vaisseau lésé n'appartenait sans doute pas à la paroi intestinale ce qui expliquerait pourquoi l'hémorragie fut unique et n'eut pas de conséquences mortelles, l'hémostase ayant pu s'établir à temps.

La pathogénie des deux dernières observations que nous avons retrouvées est toute différente.

Dans le cas de M. Thompson : un malade au cours d'une crise appendiculaire présente plusieurs hémorragies intestinales abondantes qui, étant donnée l'évolution anormale de l'affection, font penser à une fièvre typhoïde : Ce malade meurt de péritonite et à l'autopsie en dehors de l'appendice gangréné et sectionné à son extrémité on ne découvre aucune lésion capable d'expliquer ces hémorragies ; pas trace d'ulcère ni d'ulcération sur tout le trajet de l'intestin ; pas même de parties congestionnées. Le cæcum et le côlon contenant seuls une grande quantité de sang et les seules lésions trouvées sur le tube digestif étant celles constatées au niveau de l'appendice, tout porte à croire que c'est un vaisseau de ce organe qui se trouvait en cause.

L'observation que M. Lilienthal avait publiée en 1903 semble d'ailleurs confirmer la possibilité de ces

hémorragies entièrement dues à une lésion de l'appendice. Nous y voyons en effet une hémorragie intestinale abondante se produire chez la même malade une première fois dans le cours d'une crise appendiculaire banale, une seconde fois pendant une crise réveillée par un traumatisme. L'opération pratiquée à ce moment fait découvrir un appendice enroulé autour de son méso et contenant des caillots sanguins ce qui paraît indiquer que le point de départ de l'hémorragie était l'appendice lui-même ; hypothèse en partie confirmée par ce fait que les hémorragies ne se renouvelèrent plus après l'ablation de cet organe.

Mais s'il se trouve démontré ainsi que dans certains cas le point de départ de l'entérorragie est au niveau de l'appendice, la cause même de l'hémorragie n'en reste pas moins obscure : s'agit-il de l'ouverture d'un vaisseau par le processus gangréneux comme semblerait l'indiquer l'observation de M. Thompson, d'une ulcération de la muqueuse ayant ouvert une artériole d'un certain calibre, ou de tout autre processus, il serait sans doute difficile de le dire. Ce qu'il y a de certain c'est que malgré la fréquence des lésions appendiculaires gangréneuses, congestives ou même hémorragiques, les cas d'entérorragies abondantes à point de départ nettement appendiculaire sont d'une extrême rareté.

Pour résumer la pathogénie des hémorragies intestinales consécutives à l'appendicite nous dirons donc que d'après les observations que nous avons réunies

les causes de ces entérorragies paraissent être multiples et qu'en particulier elles semblent dans certains cas provenir :

D'un ulcère du duodénum coexistant avec l'appendicite.

De la perforation de la paroi intestinale et de l'ulcération d'un vaisseau en un point où cette paroi est en contact avec le pus d'un abcès d'origine appendiculaire.

De l'ouverture d'une artériole au niveau même de l'appendice enflammé.

Peut-être aussi dans certains cas, les hémorragies sont-elles favorisées par un état hémorragique particulier du malade.

Dans un article récent M. A. Broca et E. Weill (1) citant un certain nombre d'observations dans lesquelles des hémorragies diverses se sont produites au cours de l'appendicite, insistent sur l'importance que peut avoir une lésion sanguine comme cause déterminante ou favorisante de ces hémorragies.

Or ces lésions sanguines ne sont pas rares au cours de l'appendicite ; elles s'expliquent par la fréquence des lésions hépatiques ; les altérations du foie qui sont en effet « capables de provoquer d'une façon générale des états hémorragiques en sont responsables aussi dans l'appendicite ». Les troubles de la coagulation qui en résultent jouent un rôle impor-

1. Broca et Weill. Les complications hémorragiques de l'appendicite. *Presse Médicale*, 2 janvier 1907.

tant dans les hémorragies de sources diverses que l'on rencontre comme complication de l'appendicite « ils sont responsables des hémorragies cutanées et des hémorragies multiples » et si ce ne sont pas eux qui provoquent les grandes hématémèses ni les hémorragies intestinales abondantes ils en causent tout au moins la prolongation et la gravité.

SYMPTOMATOLOGIE

Quelle que soit la cause de l'hémorragie intestinale consécutive à l'appendicite, les symptômes sont à peu de chose près les mêmes dans tous les cas.

Les symptômes généraux qui se constatent ordinairement les premiers lorsque l'hémorragie est d'emblée très abondante, sont ceux que l'on retrouve dans toutes les hémorragies internes graves : pâleur de la face, petitesse et accélération du pouls, refroidissement, syncope, etc. Quelquefois, c'est le cas dans les hémorragies par perforation intestinale au contact d'un abcès appendiculaire et lorsque cet abcès a été antérieurement ouvert, il se produit en même temps une hémorragie plus ou moins abondante par la plaie.

Un temps variable après les phénomènes généraux apparaît le symptôme capital ; l'évacuation d'une certaine quantité de sang par le rectum. Le sang rendu peut se présenter sous des aspects divers : sang rouge vif, caillots, sang modifié, noirâtre, d'aspect goudronneux, suivant qu'il a séjourné plus ou moins longtemps dans l'intestin. Ordinairement abondante cette évacuation ne l'est pas toujours d'emblée ; parfois elle se répète à intervalles plus ou moins éloignés : presque à chaque selle pendant plus

d'un mois dans l'observation de MM. Lediard et Sedwich ; trois fois en quarante-huit heures dans le cas de MM. Box et Wallace ; plusieurs fois également dans l'observation de M. Thompson. Dans d'autres cas au contraire l'évacuation de sang par le rectum est unique : observation de M. Broca ; observation de M. Lilienthal une seule hémorragie à chaque crise ; ce fait se rencontre semble-t-il dans les cas favorables où une hémostase définitive peut s'établir à temps.

Enfin il peut se faire que l'hémorragie soit tellement abondante d'un seul coup qu'elle entraîne la mort avant que le sang qui s'accumule dans l'intestin ait le temps de s'évacuer au dehors ; c'est ce qui s'est produit chez la malade de Russell J. Howard qui ne présenta qu'une hémorragie par la plaie et à l'autopsie de laquelle on trouva cependant une grande quantité de sang dans l'intestin.

La courbe thermique ne semble pas jouer un rôle important dans la symptomatologie des entérorragies consécutives à l'appendicite ; il ne paraît pas y avoir ici d'oscillation caractéristique, comme l'abaissement brusque de la température dans les hémorragies intestinales se produisant au cours de la fièvre typhoïde par exemple. Cependant quand l'hémorragie est due à un abcès d'origine appendiculaire, dont la présence maintenait déjà la température au-dessus de la normale, il semble qu'elle s'accompagne d'une élévation brusque de quelques dixièmes de degré ; comme chez le malade de Box et Wallace qui

eut une poussée à 39 degrés lors de sa première hémorragie, et chez celui de M. Broca qui présenta également une élévation à 38°5 la veille et à 38°4 le jour de son hémorragie intestinale alors que depuis quelques jours la température se maintenait au-dessous de 38 degrés.

DIAGNOSTIC

Si le diagnostic de l'hémorragie intestinale est facile grâce à la constatation des phénomènes généraux confirmés par le melæna, il semble autrement compliqué de reconnaître la cause de cette hémorragie. La difficulté se trouve accrue du fait de la rareté de l'entérorragie comme complication de l'appendicite, rareté dont l'effet est d'en faire rechercher ailleurs la cause : c'est ainsi nous l'avons vu que l'apparition du melæna fit penser à une cirrhose, à un ulcère de l'estomac, à un carcinome chez le malade de MM. Lediard et Sedwich, à une fièvre typhoïde chez le malade de M. Thompson et chez celui de MM. Box et Wallace.

Sans doute certaines affections comprenant l'hémorragie intestinale au nombre de leurs symptômes ou de leurs complications peuvent coexister avec l'appendicite, leurs caractères propres suffiront le plus souvent à en permettre le diagnostic : mais en présence d'une entérorragie survenant au cours d'une crise appendiculaire, alors que rien ni dans les antécédents du malade ni dans son état actuel ne peut en faire soupçonner la cause, il doit être difficile croyons-nous d'en reconnaître l'origine.

L'existence d'un abcès d'origine appendiculaire

pourra faire songer, il est vrai, à la perforation de l'intestin au contact du pus et d'ailleurs l'hémorragie se produisant par la plaie si l'abcès est ouvert et drainé aura déjà attiré l'attention de ce côté ; l'apparition de selles noires, goudronneuses, indiquant que la source de l'hémorragie est sur un point élevé de l'intestin, sera en faveur d'un ulcère du duodénum, tandis qu'au contraire la coloration rouge du sang évacué et l'instantanéité de ces évacuations coïncidant avec les signes de l'hémorragie interne, feront penser à une hémorragie se produisant au niveau du cæcum ou de l'appendice : mais en dehors de ces indications générales il ne nous semble pas possible, d'après le nombre restreint d'observations rapportées et dans l'état actuel de la question, de poser des règles de quelque précision pouvant servir au diagnostic de la cause et du siège de ces hémorragies.

TRAITEMENT

Nous ne dirons qu'un mot du traitement.

Il est évidemment identique à celui de toutes les hémorragies intestinales. Ici il y a un double intérêt à immobiliser l'intestin, d'abord parce que les contractions péristaltiques s'opposent à la formation d'un caillot et qu'en second lieu il existe souvent une perforation intestinale.

L'opium, l'ergotine, la glace, les injections de sérum seront donc employés.

Le tamponnement avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée est indiqué aussi, s'il y a en même temps hémorragie par la plaie.

Il sera bon d'employer également, suivant le conseil de MM. Broca et Weill (1), les sérums sanguins dont on connaît l'action hémostatique considérable. Le sérum simple de cheval ou le sérum antidiphtérique sera utilisé, soit en pansement pour les hémorragies en nappe par la plaie, soit en injections à la dose de 20 ou 40 centimètres cubes pour les hémorragies intestinales, principalement lorsque le ma-

1. Broca et Weill. Complications hémorragiques de l'appendicite. *Presse médicale*, 2 janvier 1909.

lade présente un gros foie ou de l'ictère, ce qui est en faveur d'un état hémorragipare.

Mais en dehors de ces quelques indications, qui ne devront constituer, croyons-nous, qu'une thérapeutique d'attente, et surtout en présence d'une hémorragie intestinale récidivante, la seule chance de salut pour le malade sera, semble-t-il, dans une intervention hâtive.

CONCLUSIONS

En dehors des hémorragies intestinales, se produisant à la suite de l'appendisectomie et qui sont généralement regardées comme provenant d'un suintement du moignon :

1° Des hémorragies intestinales graves peuvent s'observer dans le cours de l'appendicite ;

2° Elles se manifestent par l'évacuation rectale d'une quantité variable de sang altéré ou non, survenant plus ou moins longtemps après des phénomènes généraux, qui coïncident ordinairement avec l'hémorragie ;

3° Il ne semble pas que ces entérorragies reconnaissent une cause identique dans tous les cas ;

4° D'après certaines observations, elles paraissent pouvoir être rapportées :

A la présence d'un ulcère du duodénum ;

A une perforation de l'intestin se faisant en un point où sa paroi est au contact du pus d'un abcès d'ori-

gine appendiculaire, avec ulcération concomitante d'une artériole ;

A l'ouverture d'un vaisseau de l'appendice par un processus mal expliqué.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,
SEGOND

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Box et Wallace.* — Appendicite avec hémorragie intestinale profuse ressemblant à la fièvre typhoïde. *Lancet*, 6 juin 1903.
- Broca et Weill (E.).* — Les complications hémorragiques de l'appendicite. *Presse médicale*, 2 janvier 1909.
- Dieulafoy.* — Vomito-negro appendiculaire. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1903, p. 194.
- Ulcères perforants du duodénum et de l'estomac consécutifs à l'appendicite. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1906, 14^e leçon.
- Dyce-Duckworth et Langton.* — Removal by operation of a gangrenous appendix vermiformis. *Medico-surgical Transactions*. London, 1889.
- Hessert (W.).* — Hémorragies du moignon. *Journal of american medical Association*. Chicago, décembre 1906, p. 2009.
- Howard Kelly and Dr Hurdon.* — The vermiform appendix and its diseases.
- Judd (J.-R.).* — Hæmorrhage from the bowell following appendectomy. *Journal American. Medical Association*. Chicago, 1907.
- Lilienthal.* — Unusual cases of appendicitis. *New-York Medical Journal*, 1903, p. 231.
- Lediard et Sedgwick.* — *Lancet*. Septembre 1904, p. 764.

Cases of appendicitis with perforating duodenal and gastric ulcer.

Lebon. — De la perforation des artères iliaques dans les abcès de la fosse iliaque interne et en particulier dans ceux d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1894.

Malcolm (J.-D.). — A case of appendicitis abces with profuse hemorrhage Transactions of the Clinical Society of London, 1906, p. 108-116 et Lancet 1906.

Monod (Ch.). — De la perforation des artères au contact des foyers purulents et inflammatoires. Bull. de la Société de Chirurgie, 1882, p. 666.

Ramsay. — Hémorragie secondaire par l'artère iliaque droite succédant à un abcès pérityphlique. Lancet, 1903.

Russell (J. Howard). — Un cas d'abcès appendiculaire avec une complication inusitée. Lancet, 1906, II, p. 160.

Seelig. — The treatment of the stump. in appendicectomy. Annals of surgery, 1904, II, p. 710.

Sourdille. — Bulletins de la Société d'Anatomie. Paris, 1894.

Thompson. — Bristish Medical Journal, 1907, p. 1711.

Walch. — Hémorragie intestinale grave à la suite d'une opération d'appendicite à froid. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie. Paris, 1901. Séance du 3 avril 1901. Rapport de M. Berger.

Wyeth (J.-A.). — The technic of appendectomy. Journal of the American Medical Association, juillet 1907, p. 121.

